

Uskonnolliset tekijät alkoholismin syissä ja hoidossa II

Jorma Niemelä

Päihdeongelmallisille tarkoitetun asumispalvelutoiminnan juuret ovat maassamme 1870- ja 1880-luvulla. Kristilliset järjestöt ja kristillisiä vaikutteita saaneet, silloin vielä pelasta-vaakin raittiustyötä tehneet raittiusjärjestöt perustivat asuntoloita, työkoteja, yömajoja ja "langenneitten naisten" turvakoteja. Tuolta ajalta peräisin oleva Helsingin Vieraskoti ja Yömaja -yhdistys on edelleen toiminnassa ja vietti syksyllä 1983 satavuotisjuhliaan.

Julkisen vallan päihdehuolto alkoi kehittyä vasta tämän vuosisadan puolella. Yksityisten palvelujen määrä on edelleen suuri. Järjestöt ovat laajentaneet toimintaansa myös hoitoon, vaikka asuntolatoiminta onkin vallitsevana (Niemelä 1980, 25—26).

Seuraavassa tarkastellaan kristillisten päihdehuoltojärjestöjen toimintaa.

Määrällinen laajuus

Keväällä 1983 oli toiminnassa 58 kristillisten järjestöjen tai seurakuntien ylläpitämää asuntolaa ja hoitolaitosta. Suorittamassani Alkoholitutkimussäätiön tukemassa tutkimuksessa yksikköjä tarkasteltiin 53 erillisenä hoitokokonaisuutena, koska osa niistä toimi samoissa kiinteistöissä ja saman hallinnon alaisena. Asiakaspaikkoja laitoksissa oli 1 939. Kristilliset järjestöt vastaavat asumispalvelu- ja hoitokotitoiminnassa 40,2 prosentin maamme ei-kaupallisista päihdehuollon erityispalveluista.

Kristillisten järjestöjen toiminta painottuu asumispalveluihin. Paikoista oli 1 485 eli 76,6 % asuntoloissa, yömajoissa ja suojakodeissa (28 asumispalveluyksikköä). Asumispalvelujen määrää osittain selittää se, että useat niistä on perustettu voimakkaan etsivän työn,

esimerkiksi katulähetystoiminnan, tukityömuodoksi.

Asiakaspaikoista 454 (23,4 %) oli hoito-, huolto- ja a-kodeissa. Hoitolaitoksia oli 25.

Miehille paikoista oli 1 681 (86,4 %) ja naisille 258 (13,3 %). Toimipisteitä oli jokaisessa läänissä lukuun ottamatta Lappia ja Pohjois-Karjalaa. Asumispalveluista merkittävä osa oli keskittynyt Helsinkiin (66,8 %), hoitopalveluista pääkaupungin osalle oli tullut vain kolmannes (33,5 %). Lukuihin vaikuttivat pääkaupungille tyypilliset suuret asuntolayksiköt (Niemelä 1983, 73, 125; Päihdehuollon palveluopas 1982).

Tutkimuksessa selvitettiin näiden toimipisteiden palveluiden taso ja laajuus fyysisen ympäristön, henkilökunnan, harrastus- ja työtoiminnan, terveystoimien, sosiaalipalvelujen, terapeuttien palvelujen ja yhteisöjen kustodiaalisuuden (vartiointi/holhous) sekä sielunhoito- ja hartaustoimien osalta. Seuraavassa keskitytään tarkastelemaan kristillisten järjestöjen omaleimaisinta piirrettä, uskonnollisuutta, ja sen soveltamista hoito-ohjelmiin.

Hoito-ohjelmat

Kristillisen hoidon teoreettinen kehittäminen on ollut toistaiseksi vähäistä. Syitä on useita. Edellä tuli esille jo toiminnan painottuminen asumispalveluihin. Toiseksi alkoholitutkimus ei ole aikaisemmin suuntautunut kristillisen työn selvittämiseen.

Kolmanneksi kristilliset järjestöt eivät itse ole olleet kiinnostuneita hoitoperiaatteittensa kirjaamisesta. Kaksi laitosta nojautui AA-ohjelmaan. Kaksi laitosta tukeutui systemaattisesti, kolme joidenkin osa-alueiden kohdalta yleisiin sosiaalityön ja terapian menetelmiin. Näin ollen vain neljällä laitoksella oli kokonaisvaltainen hoito-ohjelma ja kolmella vain

Artikkelin ensimmäinen osa on julkaistu Alkoholipolitiikan numerossa 5/1983.

eräillä osa-alueilla.

Lisäksi 1970- ja 1980-luvulla perustetuilla ns. maaseudun hoitokodeilla oli yhteneväinen, tosin toistaiseksi kirjaamaton hoitoajattelu. Mikäli ne otetaan mukaan, voidaan sanoa, että 25 hoitoyksiköstä puolella (48,0 %) oli määritetty hoito-ohjelma. Muiden työ oli yleistä, kirjaamatonta auttamista ja hoitoa (Niemelä 1983, 101).

Tätä taustaa vasten voidaan sanoa, että kristillisen hoidon teoreettinen kehittäminen on varsin tärkeää.

Teoreettinen viitekehys

Kristillinen diakonia jaetaan teoreettisesti kolmeen haaraan: missionaariseen eli evankeliumia julistavaan, karitatiiviseen eli lähimmäistä palvelevaan ja sosiaaliseen eli yhteiskunnallisiin uudistuksiin tähtäävään laupudentyöhön (Kansanaho & Hissa 1979).

Kristillisessä päihdehuoltotyössäkin tämä jaotus on hyvä lähtökohta teoreettiselle tarkastelulle. Missionaarisuus-sanassa pääpaino on kuitenkin sanoman julistamisen hetkessä, joten varsinaisen hoidon osalta on paikallaan puhua soteriologisesta eli pelastusopillisesta hoidosta.

Karitatiivisessa palvelussa pyritään kristillisen auttamishalun motivoimana lievittämään lähimmäisen hätää ja puutetta sekä luomaan hänelle selviytymismahdollisuuksia. Karitatiivinen palvelu hakee käytännön periaatteensa joko yleisistä sosiaalityön ja terapian menetelmistä tai sitten jostakin erityisestä hoitoideologiasta. Varsinaisessa palvelussa ja hoidossa *uskonnollisuus ei sinänsä korostu*, vaikka asiakas useimmiten havaitseekin palvelun tapahtuvan *kristillisyyden nimissä*. Kristillisuus näkyy mm. taustayhteisön motivaatiossa, henkilökunnan vakaumuksellisuudessa ja hoidon ilmapiirissä.

Kristillisuus ilmenee myös hartaus- ja sielunhoitopalveluiden potentiaalisena tarjoamisena niille, jotka ovat niistä kiinnostuneita (Niemelä 1983, 53).

Soteriologisessa hoitomallissa, jota on kutsuttu myös hengelliseksi terapiaksi, tähdätään ihmisen hengelliseen uudistumiseen. Taustalla on ajatus siitä, että luopumus eli Jumalasta vieraantuminen aiheuttaa sosiaalista

kurjuutta ja että sosiaalinen kurjuus puolestaan edesauttaa luopumusta. Soteriologisessa hoidossa korostuu karitatiivisen työn lisäksi pelastussanoman julistamisen tärkeys.

Hengellinen uudistuminen nähdään perustaksi psyykkiselle ja sosiaaliselle terveydelle. Hengellisessä terapiassa luodaan edellytyksiä ihmisen kääntymykselle ja tuetaan häntä tämän päätöksen jälkeen.

Soteriologisen hoidon peruseriaatteita ovat seuraavat:

Soteriologinen hoito korostaa voimakkaasti *kompensatorisuutta*. Kyseessä ei ole vain alkoholin pois jättäminen vaan tyystin toisenlaisen elämäntavan ja -sisällön omaksuminen. Elämäntavan muutos tapahtuu persoonallisen vakaumuksen syntymisen ja lujittumisen myötä; toisinaan — vaan ei aina — tähän liittyy muutosta tukevia emotionaalisia kokemuksia. Uuden elämän lähtökohta on anteeksiantamuksessa, elämän positiivisessa nollapisteessä.

Toiseksi hoidossa korostuu *hengellisen ja persoonallisen kypsytyksen kehittäminen*. Välineinä ovat rukous, Raamatun lukeminen, laulut ja hengelliset keskustelut, joissa käsitellään keskusteluryhmien jäsenten henkilökohdaisia ongelmia ja etsitään niihin ratkaisua. Raamatun opettaminen ja oppiminen saa dialogin muodon. Tavoitteena on persoonallisuuden kehittyminen ja itsensä löytäminen, self insight.

Soteriologiseen hoitoon liittyy myös nk. todistaminen, henkilökohtainen uskonsa tunnustaminen yksityisesti ja/tai julkisesti. Tämän merkitys on sitoutumisessa uuteen elämäntapaan. Se auttaa ja harjaannuttaa myös itsensä ilmaisemisessa, asioiden verbalisoinnissa (Karlsson 1980, 38; Wiseman 1979, 171—173.)

Soteriologiset yhteisöt ovat enimmäkseen pieniä, ja niissä korostuu *yhteisöllisyys*. Tavoitteena on rakentaa perheenomaisia pienyhteisöjä. Asiakkaiden ja henkilökunnan suhteiden ideaalitulana pidetään uskonnollista tasa-arvoisuutta ("veljeys" tai "sisarus" perustuu yhteiseen pelastuskokemukseen ja kilvoitteluun) ja yhteistä arkielämän elämistä (elämisentaidon oppiminen). Yhteisöllisyys korostuu myös jälkihoidossa seurakuntayhteyden korostamisena.

Yhteisöllisyyteen liittyy ajatus yhteyden terapeuttisesta voimasta. Lähtökohtana on ajatus siitä, että synty on särkenyt ihmisen yhteyden kolmella ulottuvuudella: nämä ovat yhteys Jumalaan, toisiin ihmisiin ja omaan itseensä. Yhteyden kautta asiakas saa takaisin ihmisarvonsa ja myös terveen itsetunnon.

Soteriologinen hoito jakaantuu kahteen päähaaraan. *Soteriologisessa yhteisössä* luotetaan yhteisön itsensä terapeuttiseen voimaan. *Soteriologisessa hoitokodissa* yhteisön terapeuttisuuksi tuetaan sosiaalityöllä ja terapialla (Niemelä 1983, 49—52).

Karitatiivisten ja soteriologisten mallien ohella on kehitelty erilaisia yhdistelmämallia. Käytännössä näiden mallien raja on liukuva. Samassakin hoitopaikassa painotukset voivat vaihdella henkilökunnan vaihtumisen myötä.

Hoitomallien valinta

Varsin mielenkiintoinen kysymys on, miksi erilaiset kristilliset järjestöt valitsevat erilaisen hoitomallin.

Soteriologinen malli liittyy selvästi *fundamentalistiseen herätyskristillisyyteen*. Klassiset kääntymykset — ja niiden painottaminen — ovat yleisempiä herätysliikkeissä ja herätyskristillisissä kirkkoissa. Arnold. S. Linskyn (1965, 46—48) selvityksen mukaan on niin, että mitä enemmän kirkko on omaksunut maallistuneen yhteiskunnan arvoja, sitä enemmän kirkon jäsenet arvostavat psykologis-psykiatrista apua ja yleensä lääketieteellistä auttamista alkoholistien hoidossa. Fundamentalistikristityt pitivät parhaimpana apuna uskonnollisuutta.

Todettakoon tässä yhteydessä kristillisten päihdehuoltojärjestöjen tunnustuskunnista, että suurin ylläpitäjäyhteisö oli Suomen Pelastusarmeijan Säätiö (22 laitospokkonaisuutta, 41,5 %). Toiseksi suurin ryhmä koostui luterilaisista järjestöistä, seurakunnista ja yleiskirkkollisista liikkeistä (20 laitosta, 37,8 %). Nk. vapaat suunnat (helluntailiike ja vapaakirkkollisuus) ylläpitivät 7:ää laitosta (13,2 %). Yhteiskristilliset järjestöt, joissa oli jäseniä useista tunnustuskunnista, ylläpitivät 4:ää laitosta (7,5 %). — Hoitomallien valinta ei kuitenkaan noudata suoraviivaisesti tun-

nustuskuntajakoa (Niemelä 1983, 76).

Hoitomallien valintaan vaikuttaa myös *laitostyyppi*. Asuntolaan on vaikea rakentaa soteriologista yhteisöä, koska asiakkaat tulevat sellaiseen eri perusteella kuin erikoistuneisiin hoitoyksikköihin.

Mikä tahansa erityinen hoitomalli — soteriologinenkin — edellyttää *riittävän suurta potentiaalista asiakaskuntaa*. Toisaalta mitä suurempi yksityisen palvelujen tuottajan osuus on maan päihdehuoltojärjestelmästä, sitä suurempi paine siihen kohdistuu palvelujen yhdenmukaistamiseen muun päihdehuollon kanssa — oli se sitten päihdehuollon parhaaksi tai haitaksi. Sama toistuu paikallistasolla: Yhden kunnan alueelta asiakkaansa saava laitos voi harvoin erikoistua, valtakunnallisia palveluja tuottava kylläkin.

Tällä hetkellä vain kymmenisen hoitoyksikköä toivoo asiakkaalta myönteistä suhtautumista kodin kristillisiin periaatteisiin, osa niistä suoranaista uskonratkaisua. Tällaisten yksikköjen paikkamäärä on 2,4 % maamme päihdehuollon paikoista.

Edellä todettiin, että hoitomallien raja eri hoitopaikoissa on liukuva. Yhtenä kriteerinä voidaan kuitenkin pitää sitä, kuuluuko uskonnollisuus — hoito-ohjelman lisäksi — päiväohjelmaan. Soteriologisen hoidon luonteeseen kuuluu koko yhteisölle tarkoitettu hartauselämä.

Tutkittujen 53 laitospokkonaisuuden johtajista suurin osa (81,1 %) näki laitoksen tehtäväksi hengellisen auttamisen. Toiminnan päämäärissä on suuri yhteneväisyys, vaikka käytännön toteutukset, keinot vaihtelevat. Vain kymmenen laitosta (18,9 %) katsoi, että niiden tehtäviin ei kuulu laisinkaan hengellinen auttaminen.

Eroa karitatiivisten laitosten ja julkisen vallan ylläpitämien laitosten välillä kaventaa se, että kaikki sosiaalialan laitokset pyritään saamaan sielunhoitopalvelujen piiriin. Useat yhteistyötahot — mukana ovat mm. sosiaalihallitus, lääkintöhallitus, kunnallisliitot ja kirkolliset tahot — edellyttävät suosituksensa, että *"seurakunnan kaikkien palvelujen pitäisi olla myös (sosiaalihuollon) laitoksessa asuvien henkilöiden saatavilla"*. Suosituksen mukaan laitosten tulisi tarjota edellytykset hartaustilaisuuksien, henkilökohtaisten kes-

kustelujen sekä yleisen että yksityisen ehtool-lisen viettoon (Suositus sielunhoidosta . . . 1983, 6).

Asiakkaiden suhde uskontoon

Kristillisten laitosten asiakkaat tunsivat ylläpitäjäyhteisöjen luonteen varsin hyvin. Hoitoon tai asumaan tullessaan 83,7 % asiakkaista (N=86) tiesi tullessaan kristillisen järjestön ylläpitämään laitokseen, kaikille muille se oli selvinyt hoidon tai asumisen aikana.

Hartausohjelmien määrään tyytyväisiä oli asiakkaista 57,0 %. Hartausohjelmia lisää toivovia oli enemmän (18,6 %) kuin niitä, joiden mielestä hartausohjelmia oli liikaa (3,5 %). Tyytyväisiä tai lisää toivovia oli siis kolme neljästä asiakkaasta (75,6 %).

Asiakkailta tiedusteltiin myös heidän omaa käsitystään siitä, oliko laitos vaikuttanut heidän *hengelliseen elämäänsä ja/tai kristillisen tietonsa määrään*. Asumispalveluja käyttävistä vain joka neljäs oli huomannut muutosta, kun sen sijaan hoitopaikoissa kuusi asiakasta kymmenestä katsoi hoidolla olleen vaikutusta heidän hengelliseen elämäänsä.

Hengellisen elämän kasvu ei ollut riippuvainen kodin hengellisten tilaisuuksien määrästä tai sielunhoitopalvelujen tarjonnasta, mutta sen sijaan laitoksen päivittäinen hartaus-elämä laajemmin tulkittuna oli yhteydessä uskonnollisuuden kasvuun.

Tutkimusten mukaan uskonnollisuus kasvaa yleensä iän myötä. Yllättävä havainto oli, että tutkituissa päihdehuoltolaitoksissa uskonnollisuuden kasvua oli tapahtunut eniten nuoremmissa ikäryhmissä. Suunnilleen 40 vuoden iässä tapahtui käänne. Kausaliteetin etsiminen olisi mielenkiintoista, mutta tässä tutkimuksessa sitä ei tehty. Tapahtuuko luopuminen keski-iässä, jolloin ei nähdä enää toivoa — ei edes uskonnon auttavasta voimasta? Uskonnollisuuteen enemmän vaikuttaneisiin hoitopaikkoihin oli valikoitunut hieman nuorempaa asiakaskuntaa, joskaan ikäero ei asumispalveluja käyttäviin verrattuna ollut kovin suuri.

Hoitoyksiköt olivat kyenneet luomaan *uskoa sosiaaliseen selviytymiseen* enemmän kuin asumispalveluyksiköt. Tosin tähän vaikutti sekin, että uskonnollisuuden kasvu ja

elämänusko, usko sosiaaliseen selviytymiseen olivat yhteydessä toisiinsa. Sosiaalityön kaikkivoipaisuuteen uskoville tuottanee päänvavaa se, että sosiaalipalvelujen määrä ja hoitotapa eivät vaikuttaneet asiakkaan uskoon sosiaaliseen selviytymiseensä.

Varsin vakavaksi kysymykseksi nouseekin se, pitäisikö päihdehuollossa kiinnittää asiakkaan omaan elämänuskoon, asenteisiin ja luottamukseen enemmän huomiota kuin sosiaalisten kysymysten tekniseen järjestämiseen (Niemelä 1983, 110—112).

Työntekijöiden uskonnollisuus

Mikäli järjestö on asettanut tavoitteekseen uskonnollisen auttamisen, olisi johdonmukainen seuraus se, että järjestö etsisi palvelukseensa uskonnollisen vakaumuksen omaavia henkilöitä. Useilla järjestöillä oli kuitenkin vaikeuksia henkilökuntansa rekrytoinnissa. Tutkimuksessa ei voitu selvittää henkilökunnan tosiasiallista vakaumuksellisuutta. Johtajilta kysyttiin, mitä *valintakriteerejä* ylläpitäjäyhteisö käytti henkilökunnan työhönotossa.

Vain kolmannes laitoksista (37,7 %) piti edellytyksenä sitä, että työhön tuleva oli vakaumuksellinen kristitty. Uskonnollisuuden edellyttäminen oli voimakkaasti riippuvainen tunnustuskunnasta: Vapaiden suuntien ja yhteiskristilliset laitokset katsoivat, että kristillisen hoitopaikan hoito ei onnistu ilman vakaumuksellisia työntekijöitä.

Kristillisessä työssä arvostetaan niiden työtä, jotka ovat itse omakohtaisen ratkaisunsa myötä selvittäneet alkoholiongelmansa. Laitoksista 43,4 %:ssa oli tai oli ollut työssä kuntoutunut asiakas, 45,3 %:ssa asiakkaan siirtyminen henkilökuntaan nähtiin mahdolliseksi, vaikka näin ei ollut käytännössä tapahtunutkaan. Laitosten johtajista 88,7 % näki kuntoutumismahdollisuudet niin hyviksi, että asiakas voi siirtyä henkilökuntaan.

Viime vuosina on keskusteltu raittiussihteerien raittiudesta. Tämä keskustelu ei ole vielä yltänyt päihdehuollon työntekijöiden ammattieettiseen keskusteluun. Kristillisten järjestöjen toimipisteistä 69,8 % edellytti henkilökunnaltaan täysraittiutta eli pidättäytymistä alkoholin käytöstä myös vapaa-aikoina. Muissa laitoksissa ei ollut otettu asiaan kan-

taa lainkaan tai kantaa otettaessa ei tällaista edellytystä ollut ilmaistu. — Haastattelutilanteessa kävi ilmi, että useissa laitoksissa täysraittius oli niin päivänselvä asia, että siitä ei ollut edes keskusteltu: esimerkillistä elämää pidettiin selviönä (Niemelä 1983, 85—87).

Maaseutukoti-ilmiö

Tutkimuksen aikana nousivat mielenkiintoiseksi ryhmäkseen maaseudun hoitokodit. Ne poikkesivat muista laitoksista monilla ulottuvuuksilla (paremmat mahdollisuudet harrastustoimintaan, työterapian kehittäminen, vaikutus asiakkaiden elämänuskoon).

Ne olivat uskonnolliselta toiminnaltaan muita aktiivisempia. Useat niistä olivat omaksuneet tyypillisesti soteriologisen hoitomallin.

Maaseudun hoitokotien toiminta-ajatus perustuu osin vanhaan huoltolaperinteeseen: alkoholista toipuminen edellyttää eräässä vaiheessa sosiaalisen ja fyysisen ympäristön totaalista vaihdosta. Muutoin ne erosivat paljon vanhoista, massiivisista huoltoloista.

Ilmeisesti yhteisöntyyppisiin, pieniin ja perheenomaisiin laitoksiin oli voitu niveltää kokonaisvaltainen — myös uskonnollisuuden sisältävä — lähestyminen, joka ei perustunut niinkään hoidon ammatilliseen osaamiseen kuin elämäntapaan, joka vastasi asiakkaiden tarpeisiin. Hoitomuotona tällaiset laitokset ovat vielä nuoria ja ovat siksi kyenneet säilyttämään ensimmäisen työntekijäsukupolven ihanteellisuuden.

Yhteys seurakuntaelämään

Uskonnollisen hoidon etuna on nähty jälkihoitomahdollisuudet seurakuntatoiminnan kautta. Useimmissa laitoksissa seurakuntien työntekijät vierailivat, mutta *vapaaehtoistyö* oli lamassa useissa työpisteissä. Laitoksista 64,2 %:ssa työ oli täysin palkattujen henkilöiden varassa. Vapaaehtoistyötä tehtiin 5,7 %:ssa päivittäin, 17,0 %:ssa viikoittain ja 11,3 %:ssa kuukausittain (Niemelä 1983, 89, 107).

Vain osa laitoksista käytti *asiakkaiden omaehtoista ryhmätoimintaa* hoidon tukena; asu-
mispalveluissa se on harvoin mahdollistakaan asiakaskunnan vaihtuvuuden vuoksi.

Kristillisten päihdehuoltojärjestöjen suurimpia kehittämismahdollisuuksia onkin juuri vapaaehtoistoiminnan elvyttämisessä tavalla, joka on tyypillistä nuorille, vastaperustetuille yhdistyksille. Vapaaehtoistoiminnan kautta on mahdollista hoitaa henkinen laitoshygienia, sosiaalinen tuuletus.

Kirjallisuus

Kansanaho, Erkki & Hissa, Pentti: Palveleva kirkko. Diakoniatyön oppikirja. Kolmas, uudistettu painos. Pieksämäki 1979

Karlsson, Astrid: Humanitär alkoholistvård kontra traditionell alkoholistvård. Seminariearbete för fortsättningskurs i Hälso- och Sjukvårdsadministration. Göteborgs Universitet 1980. (Moniste)

Linsky, Arnold S.: Religious differences in lay attitudes and knowledge on alcoholism and its treatment. Journal for the scientific study of religion 5 (1965): 5, 41—50

Niemelä, Jorma: Kääntymys ja kuntoutus. Selvitys kristillisten päihdehuoltojärjestöjen hoitomenetelmistä ja -yhteisöistä. Vaasa 1983

Niemelä, Jorma: Vapaaehtoinen järjestötoiminta päihdehuollossa. Kirkon diakoniatyökeskuksen julkaisuja A 6. Helsinki 1980

Päihdehuollon palveluopas. Sosiaalishallitus. Helsinki 1982

Suositus sielunhoidosta sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja sosiaalitoimessa. Lääkintöhallituksen, sosiaalishallituksen, Suomen Kaupunkiliiton, Suomen Kunnallisliiton, Sairaallaliiton, kirkkohallituksen ja kirkon sairaalasielunhoidon toimikunnan edustajien yhteinen suositus. Arkkikiispan kanslia. Turku 14. 3. 1983

Wiseman, Jacqueline P.: Stations of the lost. The treatment of skid row alcoholics. Chicago 1979.

English Summary

Jorma Niemelä: Uskonnolliset tekijät alkoholismen syissä ja hoidossa II (Religious Factors in the Cause and Treatment of Alcoholism, II)

The theory behind Christian alcohol and drug welfare work has failed to develop fully in Finland, although work has been done by Christian alcohol and drug welfare organizations for more than a century, and today continues on a wide scale.

Christian alcohol and drug welfare activity can be broken down into two categories. The caritative treatment model based on general charity does not directly link religion to the daily treatment routine or treatment unit programs. The principles and methods of treatment take shape in general social work and therapy methods or in other treatment ideologies. Spiritual care and Christian action can be available at treatment units.

Soteriological treatment is based on human spiritual regeneration and Christian conversion, which receives support from the treatment community. Religious activity aims to bring a client to spiritual and personal maturity.

The caritative model is more frequently applied in churches which have adopted the values of a secularized society. Only the services of general charity work are perhaps available in boarding home activity. Soteriological treatment involves revivalist Christianity and religious fundamentalism.

In the spring of 1983, Christian alcohol and drug welfare organizations maintained a total of 58 boarding homes and treatment units providing care to 1 939 clients in Finland. They accounted for 40.2 % of the non-commercial boarding home and treatment facilities for alcohol and drug welfare. The largest such association is the Salvation Army (41.5 % of all institutions). Lutheran organizations formed the next largest group (37.8 %). The Evangelic Free Church and Ecumenical organizations also maintained a number of institutions.

Religious belief took the deepest root among clients in treatment institutions. Contrary to the results of studies on religious belief, the greatest development in belief was reported among the younger clientele (persons under the age of 40). This development contributed to personal self-confidence to cope socially.

Christian organizations had experienced difficulty in recruiting personnel. Only 37.7 % of the institutions were able to elicit religious conviction from their personnel, while 69.8 % expected their staffs to be teetotalers, or even abstain in their leisure time. Voluntary work, formerly characteristic of organizations based on this concept, had died out in 64.2 % of the institutions; activity had become totally based on the work of employed personnel.

Alkoholipolitiikka Vol. 48: 337—342, 1983